

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1892, à une heure

Par JOSEPH TÉTAU

Né à Cholet (Maine-et-Loire)

le 12 mars 1867.

INFLUENCE DU TRAITEMENT RHINO-PHARYNGIEN

DANS LA

CONJONCTIVITE PRINTANIÈRE

ET DANS CERTAINES FORMES DE KÉRATO-CONJONCTIVITES
SE RAPPROCHANT DE CETTE AFFECTION

Président : M. FARABEUF, professeur,

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
 { KIRMISSON, RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY,

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,
PARIS

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0075

200

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1892, à une heure

Par JOSEPH TÉTAU

Né à Cholet (Maine-et-Loire)

le 12 mars 1867.

INFLUENCE DU TRAITEMENT RHINO-PHARYNGIEN

DANS LA

CONJONCTIVITE PRINTANIÈRE

ET DANS CERTAINES FORMES DE KÉRATO-CONJONCTIVITES
SE RAPPROCHANT DE CETTE AFFECTION

Président : M. FARABEUF, professeur,

*Juges : MM. PINARD, professeur.
KIRMISSON, RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES
de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY,

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,
PARIS

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	{ STRAUS.
Maladies des enfants	{ G. S. E.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	{ POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	{ BALL.
Clinique ophtalmologique.	{ FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	{ CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET.	MM. FAUCONNIER.	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUINQUAUD	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	RETTERRER.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD	MARIE.	REYNIER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
de l'École de Médecine de Nantes

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
des hôpitaux de Nantes

A MONSIEUR LE DOCTEUR COUETOUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FARABEUF

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

INFLUENCE DU TRAITEMENT RHINO-PHARYNGIEN

DANS LA

CONJONCTIVITE PRINTANIÈRE

ET DANS CERTAINES FORMES DE KÉRATO-CONJONCTIVITES
SE RAPPROCHANT DE CETTE AFFECTION

INTRODUCTION

La plupart des affections de la cornée et de la conjonctive suscite, parmi les auteurs les plus compétents de graves controverses au sujet de leur étiologie. Pour ne pas insister davantage sur ce point nous nous contenterons de citer ce passage du D^r Sichel touchant l'étiologie de la conjonctivite phlyténulaire : « Que le lymphatisme soit la condition sine qua non du développement de la maladie, cette assertion nous paraît exagérée, et si nous devons attribuer cette affection à une cause constitutionnelle nous indiquerions l'herpétisme. » Si d'autre part, on cherche à accorder les auteurs sur la signification du terme herpétisme, nous ne voyons que controverses, allant jusqu'à nier un sens à l'expression même. Ce désaccord d'ailleurs éclate dans le nom donné à l'affection que l'on a décorée successivement de conjonctivite pustuleuse, phlycténulaire, lymphatique, herpétique, aphteuse.

Nous n'avons pas osé pousser l'imprudence jusqu'à aborder le difficile problème étiologique des affections Kérato-conjonctivales en général : mais nous tenions à montrer le désaccord des auteurs sur les affections voisines de la conjonctivite printanière afin de rappeler que nous avons une certaine liberté dans nos recherches puisque les auteurs déclarent inconnue la cause

de cette affection et que sur celles qui s'en approchent, l'entente est loin d'être faite.

Cette liberté peut être bien dangereuse pour nos forces, mais elle n'en a pas moins été cause d'un grand intérêt pour nous, nous laissant avec plus de latitude nous occuper de l'étiologie de cette affection si rebelle.

Nous demandons la bienveillance de nos juges, non pas en raison de la valeur de notre tentative, mais bien de la sincérité de nos recherches.

Depuis deux ans nous avons suivi dans la clinique de M^r le D^r Couëtoux de Nantes les efforts continus dirigés vers le but de donner aux affections kérato-conjonctivales un appoint utile dans l'étude des lésions rhino-pharyngiennes et surtout dans la désinfection des fosses nasales.

Nous pensons que ces efforts n'ont pas été sans résultats en ce qui concerne la conjonctivite printanière.

Dans notre travail nous donnerons d'abord une description de l'affection printanière telle quelle est décrite par les auteurs et surtout telle que nous l'observons dans nos régions de l'Ouest ; nous chercherons à établir le traitement rhino-pharyngien sur des bases solides et nous indiquerons sa direction et ses résultats d'après quelques observations cliniques.

Mais avant nous tenons à remercier M^r le D^r Couëtoux pour ses bienveillants conseils et les services qu'il nous a rendus pendant nos études médicales. Que M^r le D^r Trousseau nous permette aussi de le remercier pour l'empressement avec lequel il nous a communiqué partie de nos observations.

Nous prions Monsieur le Professeur Farabeuf de croire à notre reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

C'est à Arlt (1846) que nous devons la première description de la conjonctivite printanière. Toutefois on peut dire qu'il ne la connut pas dans ses caractères principaux puisqu'il la rattache à la diathèse lymphatique, étiologie contre laquelle semblent se réunir presque tous les auteurs qui suivent.

Plus tard Desmarres accepta la description incomplète de Arlt, remarqua particulièrement la saillie périkératique et l'appela affection hypertrophique périkératique.

Von Græfe la nomma épaissement gélatiniforme du limbe, Hirschberg *phlyctœna pallida*.

Puis Scemisch le premier fit remarquer les exacerbations caractéristiques de l'affection pendant la saison chaude, d'où il lui donna le nom de catarrhe printanier qui est celui sous lequel on la désigne habituellement aujourd'hui ; mot impropre, les sécrétions morbides étant, comme le fait remarquer M. de Wecker, fort rares dans cette maladie.

Horner découvrit l'état particulier de la conjonctive du tarse et acheva ainsi la description de l'affection.

Fuchs, à qui nous devons ce succinct historique, attache une importance prépondérante à l'état de la conjonctive du tarse.

Nous allons voir que non seulement les auteurs diffèrent touchant les caractères de la conjonctivite printanière, mais qu'ils sont même loin d'admettre tous son existence. Beaucoup ne la

signalent pas : c'est ainsi que Sichel et Abadie ne prononcent pas son nom, que Galezoswki n'en fait pas mention.

Si nous nous reportons aux auteurs qui décrivent cette affection nous les voyons tellement différer les uns des autres dans l'importance qu'ils donnent aux divers caractères qu'ils signalent, que nous croyons devoir donner nous-même la description de ce que nous entendons par conjonctivite printanière. Nous sommes d'autant plus tenus de suivre cette marche que nous étudions l'affection non point dans le but d'enrichir la symptomatologie des affections kérato-conjonctivales, mais d'apporter notre appoint à l'étude de leur traitement.

Pour Meyer l'affection est caractérisée par des éruptions phlycténulaires sur le limbe conjonctival. Saint-Germain et Valude font de l'étiologie la différence capitale entre l'affection kérato-conjonctivale phlycténulaire et la conjonctivite printanière : celle-ci survenant chez les enfants bien portants, tandis que les affections phlycténulaires atteignent les scrofuleux. Aucune statistique n'accompagne cette dernière assertion, ce qui du reste se trouve être la règle des auteurs en ce qui touche la recherche des causes des conjonctivites et des kératites.

Pour M. de Wecker la conjonctivite printanière est une variété de conjonctivite phlycténulaire miliaire. Son caractère différentiel est la récidivité annuelle. C'est à la description de de Wecker que nous rattachons les affections printanières que nous avons observées. Il s'agit, suivant nous, de kérato-conjonctivites avec hyperplasie et périodicité des rechutes, et nous n'allons citer la description de Fuchs que pour établir combien nos observations en diffèrent.

Pour Fuchs, comme pour M. de Weker, l'affection printanière est chronique, trainante pendant des années, et produisant des

altérations caractéristiques dans la conjonctive du bulbe; mais Fuchs ajoute, et dans la conjonctive du tarse. Nous n'avons point vu ces lésions tarsiennes, nous avons simplement constaté l'état hyperémié de toute la muqueuse bulbaire et palpébrale. Cette injection est uniformément répartie, dit de Weker, sur la partie supérieure du globe de l'œil. Il est d'autant plus important de noter ces différences que pour Fuchs les lésions de la conjonctive tarsienne, « état papillaire imitant un pavement grossier et irrégulier, pouvant aller jusqu'à revêtir l'aspect cartilagineux », sont plus constantes que l'hyperplasie perikératique. « Sur le tout, ajoute le professeur de Vienne, s'étend un « voile délicat de teinte blanc bleuâtre, comme si l'on avait « versé une mince couche de lait sur la surface de la conjonctive. » Voilà encore une constatation que nous n'avons pu faire: Nous reconnaissons bien que l'hyperplasie perikératique prend parfois une couleur particulière que nous appellerions rose violette ou rouge opaline, mais en somme nous n'avons jamais rencontré ce revêtement laiteux dont on vient de parler. Tout au plus avons-nous vu ce que signale M. de Weker, des débris graisseux ou épithéliaux, sans doute l'un et l'autre, formant de petites plaques blanches sur l'hyperplasie. Du limbe cornéen, continue Fuchs, on voit s'élever aux bords internes et externes de la cornée, des végétations en forme de nodosités brunâtres, bosselées et dures, d'apparence gélatiniforme. Ces nodosités empiètent d'un côté un peu sur la cornée, de l'autre plus loin encore sur la conjonctive, et les vaisseaux qui se trouvent dans le voisinage de ces nodosités sont sensiblement dilatés. A la différence des efflorescences de la conjonctivite lymphatique qui s'altèrent promptement, ces nodosités ne s'ulcèrent jamais; elles sont au contraire très persistantes, au point qu'elles

résistent pendant des années sans grandes modifications.

Nous ne pouvons qu'accepter toute cette partie de la description, de même que nous avons observé la vérité de cette remarque. « Les malades sont très incommodés par la photophobie, « mais surtout par un prurit continuel des yeux. » Mais ce que nous avons surtout observé de conforme aux observations de Fuchs c'est que la différence de l'état objectif pendant les diverses saisons est bien moins sensible qu'on ne le soupçonnerait à voir le changement notable de l'état subjectif du malade. La différence consiste principalement en ce que pendant l'hiver les yeux sont pâles, tandis qu'ils sont injectés pendant l'été ; d'autre part pendant l'hiver les végétations conjonctivales ne paraissent qu'un tant soit peu moins développées que pendant l'été. Si l'on rapproche de cette observation celle de la sécheresse de la conjonctive, on est forcé de reconnaître combien l'expression catarhe appliquée à l'affection printanière des yeux est défectueuse.

Les observations que nous voulons citer se rapprochent de ce que de M. de Wecker appelle la conjonctivite phlycténulaire miliaire dont le caractère principal est la localisation sur les bords de la cornée avec injection de la conjonctive palpébrale et bulbaire. Quelquefois il se fait de petites ulcérations sur le bord cornéen : toutefois ceci est loin d'être constant et quelques unes de nos observations sont des cas bien typiques de la conjonctivite hyperplasique printanière de de Wecker.

Comme nous avons l'intention d'étudier l'effet du traitement rhino-pharyngien dans les cas que nous allons décrire, il était très important de bien préciser la nature des affections. C'est que la conjonctivite phlycténulaire miliaire est, en effet, l'affection généralement la plus bénigne ; ce qui la caractérise au point de

vue de la marche, c'est la rapidité de transition entre un état très sérieux en apparence et une guérison suivie de rechutes plus ou moins complètes. Nous devons donc nous prémunir contre une trop grande facilité à attribuer au traitement rhino-pharyngien une guérison qui serait due à l'évolution normale de l'affection.

Nous devons nous prémunir avec d'autant plus de soins contre cette erreur en déductions hâtives, que nous regardons avec M. de Wecker la conjonctivite printanière seulement comme une variété de la conjonctivite phlycténulaire miliaire. (Nous parlons, bien entendu, de la conjonctivite printanière observée dans nos régions de l'Ouest de la France, car aucun de nos malades ne nous a donné une idée de la description des altérations de Horner et de Fuchs.)

Aussi préférierions-nous donner aux affections que nous avons observées le nom de kérato-conjonctivite hyperplasique ou miliaire, en ajoutant le terme de périodique ou plutôt de remittent suivant le cas car nous ne voyons pas dans la nature même du mal de raisons bien sérieuses de la différencier de la kérato-conjonctivite miliaire. Quant à sa périodicité, combien d'affections franchement phlycténulaires sont périodiques, combien ne se guérissent qu'à moitié, et présentent des exacerbations leur méritant aussi le nom de remittentes ; toutes les affections chroniques de la kérato-conjonctivite ne sont-elles pas périodiques : la kératite la plus superficielle présente une périodicité diurne des plus accentuée et M. le professeur Panas insiste sur la variation de photophobie que subit le malade pendant la journée. La diminution de la gêne nous semble bien justement attribuée à la station debout qui décongestionne la région céphalique tandis que la photophobie matutinale reçoit une interprétation satisfaisante du décubitus nocturne.

Si réellement, suivant notre interprétation, les affections que nous étudions sont influencées par les lésions rhino-pharyngiennes, leur exacerbation printanière ne reçoit-elle pas une explication suffisante de la fréquence plus grande à cette époque des affections du nez et du pharynx et de l'exacerbation printanière de ces affections quand elles sont chroniques.

Dans quelques-unes de nos observations on trouvera des lésions vers la cornée, telles que petits abcès très superficiels atteignant la partie périphérique, et l'on sera tenté de rejeter tout à fait pour elles le terme de kérato-conjonctivite hyperplasique : On ne ferait ainsi que réaliser le vœu que nous faisons d'étendre au plus grand nombre possible d'affections kérato-conjonctivales le traitement rhino-pharygien.

On comprendra par ce qui précède pourquoi nous nous sommes bien plus attachés à réunir des affections à évolution chronique que des affections à symptomatologie très distincte ; et puisque nous pensons que la kérato-conjonctivite hyperplasique printanière que nous observons dans nos régions n'est qu'une variété de conjonctivite phlycténulaire, pourquoi rejeter les conjonctivites mal caractérisées qui ont par leur forme l'avantage de confirmer nos vues et par leur tenacité celui d'éprouver notre traitement. Quant à l'envahissement de la cornée par quelques phlyctènes on comprendra que nous n'ayions point à les considérer comme un motif de ne pas classer ces affections phlycténulaires parmi les kérato-conjonctivites hyperplasiques : Nous admettons, en effet, complètement ces sages observations du professeur de Vienne : « Les auteurs font une distinction entre « l'affection lymphatique de la conjonctive et celle de la cornée ; « ils parlent ainsi de kératite et de conjonctive phlycténulaires, « d'herpès de la conjonctive et de la cornée suivant que l'efflores-

« cence se montre sur l'un ou l'autre de ces points. C'est ainsi
« que pour un esprit de système on partage en deux un tableau
« clinique dont l'unité est absolue. »

Nous avons cité textuellement le maître de l'ophtalmologie Vienneoise pour nous abriter derrière sa haute autorité lorsque, à propos de la conjonctivite printanière nous citerons des observations dans lesquelles nous verrons la cornée participer à l'affection.

Mais nous faisons toutes réserves sur le terme de lymphatique que l'auteur substitue ici à celui de herpétique que Sichel adopte avec autant de conviction. Ces deux expressions nous semblent juger de parti pris une question étiologique non seulement non élucidée, mais sur laquelle nous ne voyons aucun travail de statistique établir quelques données pouvant au moins servir à des vérifications futures. A ce propos, et pour mieux expliquer les résultats de notre observation, abritons-nous encore derrière l'autorité d'un maître de l'otologie allemande. Il nous semble, en effet, qu'en cette question de l'étiologie des affections kérato-conjonctivales, on ne saurait mieux dire que le professeur Troeltsch à propos des maladies de l'oreille : « Je ne saurais trop
« vous mettre en garde, dit-il, contre l'abus qu'on fait du mot
« scrofule : la plupart des praticiens trouvent très commode de
« s'en servir pour se dispenser de l'examen attentif des organes
« malades et d'un traitement local qui demanderait beaucoup
« de peine et de temps. C'est surtout dans les affections de
« l'oreille que cette expression « c'est un enfant scrofuleux »
« joue un rôle important et fatal, et cependant dans la plupart
« des cas, les adénites du cou sur lesquelles repose le diagnostic ne
« sont que la conséquence d'une ancienne otorrhée négligée et
« traitée exclusivement par des moyens internes : Si l'on guérit

« l'otorrhée par un traitement local rationnel, les tumeurs ganglionnaires disparaissent souvent d'une manière complète. »

Nous citerons ces paroles de Trœltzsch sans avoir aucunement la prétention de les appliquer aux affections de l'œil autrement qu'au point de vue de la théorie générale.

Tout le monde sait combien est scrupuleux l'examen de l'organe visuel que dirige les spécialistes compétents. Et nous pensons que les médecins qui cherchent un appoint au traitement général dans l'examen des organes voisins, ne sauraient, sans aberration du sens clinique, rejeter les acquisitions du passé faites au profit de l'utilité d'un traitement général. Tout en regardant une affection locale comme mode de génèse de certaines affections oculaires, il ne faut pas oublier que l'évolution des micro-organismes se fait mieux sur un milieu abandonné à l'infection que sur un patient dont la vitalité est activée par des toniques appropriés. Mais d'un autre côté, l'aspect fatigué de l'enfant ou de l'adulte atteint du côté de l'organe visuel peut très bien tenir à la dépression physique due à l'attaque infectieuse, et être faussement attribuée à une diathèse, de sorte que l'effet soit parfois pris pour la cause.

Enfin les enfants atteints de scrofule caractérisée ne nous semblent si fréquemment observés porteurs de kératites phlycténulaires, que parce que ces enfants guérissent mal, traînent longtemps, tandis que la grande quantité d'enfants bien portants qui nous arrivent avec des affections locales en tout semblables, se guérissent vite et reprennent bientôt le chemin de l'école.

Ces remarques n'ont d'autre but que de légitimer nos recherches sur l'action rhino-pharyngienne dans les kérato-conjonctivites hyperplasiques. Nous voulons toutefois faire remarquer encore la facilité avec laquelle certains auteurs qui rattachent

la conjonctivite phlycténulaire au lymphatisme, rejettent cette diathèse comme cause de la kérato-conjonctivite hyperplasique.

M. de Wecker qui rattache les deux affections l'une à l'autre a évité cet écueil en rejetant le terme de conjonctivite lymphatique comme synonyme de conjonctivite phlycténulaire. « Quoi-
qu'il faille convenir, dit-il, que la conjonctivite phlycténulaire
« se rencontre très fréquemment chez des enfants présentant
« des symptômes de scrofule, d'éruptions cutanées, il serait ce-
« pendant téméraire de regarder le début de cette maladie
« comme le signe pathogénique d'une dyscrasie. Il arrive très
« souvent que nous soignons des enfants parfaitement bien nour-
« ris, au teint coloré, et qui souffrent d'une ophtalmie pustu-
« leuse. Une statistique bien faite montrerait peut-être que cette
« affection n'est guère plus fréquente chez les scrofuleux que
« chez les personnes d'une bonne constitution. » Nous avons
indiqué plus haut combien il est difficile de présenter à nos ad-
versaires une statistique bien faite en faveur de l'opinion de
M. de Wecker : car que répondre en opposition à cette expres-
sion qui revient sans cesse d'aspect scrofuleux ou lymphatique ?
Nous pensons qu'en ce qui concerne la conjonctivite printa-
nière, l'étiologie dyscrasique a été rejetée pour cette raison que
les enfants, atteints pendant des années d'une affection légère
bien que tenace ne sont pas vus seulement pendant cette période de
dépression qui accompagne le début d'une conjonctivite, photo-
phobie, cuissons, douleurs, larmoiement, comme il arrive pour
la conjonctivite phlycténulaire ordinaire.

Au point de vue de la géographie pathologique nous trou-
vons intérêt à citer quelques lignes du Dr Brunett de Washington
que nous trouvons dans les annales d'Oculistique (1883). « La
« conjonctive est généralement épaissie et d'un rouge jaunâtre

« chez les blancs ; chez les nègres elle paraît plus brune et pigmentée par place. Comme lésion concomitante, il faut noter des engorgements papillaires dans la portion tarsale de la conjonctive. »

Le Dr Scholl distingue les affections hyperplasiques de la conjonctive en affections secondaires à des lésions profondes, iridocyclites, à des catarrhes chroniques des vieillards ; et en affections hyperplasiques dites printanières. De cette affection qui nous occupe particulièrement, il ne trouve que 23 cas sur 20.000 malades à Prague. Si les conditions de lieux ont ici une grande influence, comme le fait remarquer le Dr Scholl, nous pensons qu'une latitude plus grande encore doit être accordée à la façon de comprendre ce qu'on entend par conjonctivite printanière : d'où notre insistance sur la symptomatologie et la différenciation toute relative que nous avons longuement données au début du travail. Il est évident que les auteurs qui voudront faire contrairement à M. de Wecker, de la kérato-conjonctivite hyperplasique printanière (c'est le nom que donne Scholl à l'affection) un état morbide très différencié de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, la trouveront d'autant plus exceptionnelle. Si l'on exige enfin pour baptiser de ce nom une affection, tous les caractères donnés par Fuchs, nous n'en avons jamais rencontré d'exemple ; mais on sait que la symptomatologie varie en partie avec les races et les pays, et l'éminent professeur de Nantes, M. le Dr Dianoux, appelait récemment l'attention sur une affection qu'il dénommait conjonctivite à chalazion et qui lui paraît plus fréquente dans la région de la Loire Inférieure :

La majorité des cas observés dans notre région nous a paru se conformer au point de vue de l'âge et du sexe aux indications de Fuchs qui trouve l'affection plus fréquente dans le sexe

masculin et pendant l'enfance et la jeunesse. Mais elle se rencontre bien souvent au delà des âges indiqués par M. de Wecker de 8 à 12 ans, commençant plus tôt et aussi parfois apparaissant plus tard.

CHAPITRE II.

Bien souvent on a dit que les remèdes employés étaient d'autant plus nombreux que leur action était moins spécifique. Nous ne saurions appliquer cet adage médical à la thérapeutique de la kérato-conjonctivite hyperplasique printanière. Presque tous les auteurs reconnaissent dès l'abord l'impuissance des traitements. Le principal conseil des auteurs est d'éviter les irritants. de donner un peu de calomel à l'extérieur et de prendre de l'arséniate de soude. Meyer, St Germain et Valude nous semblent aussi peu convaincus de l'utilité d'une intervention quelconque. Soëmisch a conseillé les cautérisations au nitrate d'argent. Fuchs adopte les instillations d'eau boriquée à 3 0/0 et une pommade au précipité blanc à 1 ou 2 0/0. On a en vain essayé la teinture d'iode localement. Dans un cas M. le docteur Couëtoux pratiqua sans succès l'excision du bourrelet perikératique. Le docteur Burnett conseille des instillations au collyre de sulfate de zinc, des applications d'une pommade au précipité blanc, à l'intérieur l'arsenic administré sous forme de liqueur de Fowler.

Dans les annales de 1891 M. le docteur Couëtoux attira l'attention sur quelques cas de kérato-conjonctivites hyperplasiques traités par les moyens antiseptiques appliqués à la région rhino-pharyngienne. Depuis, ce système a été scrupuleusement suivi et il nous reste à donner des observations à l'appui du traitement rhino-pharyngien une fois que nous aurons sur des bases solides établi ce traitement.

C'est en nous appuyant sur les rapports anatomiques et physiologiques qui existent entre les fosses nasales et l'orbite que nous proposons ce traitement, non pas comme spécifique (notre prétention ne saurait aller jusque là) mais comme pouvant être d'un appoint utile dans certaines formes de kérato conjonctivites et en particulier dans la conjonctivite printanière.

Sans chercher à nous étendre longuement sur l'anatomie d'une région qui a été aussi fouillée nous nous contenterons de citer brièvement les relations vasculaires et nerveuses.

Les artères ethmoïdales antérieures et postérieures se distribuent après leur naissance de l'ophtalmique, d'une part à l'orbite, de l'autre aux parties supérieures des fosses nasales à leur sortie des trous orbitaires internes antérieur et postérieur. Elles apportent ainsi pour une part les éléments de nutrition à la muqueuse rhino-pharyngienne supérieure. De cette muqueuse naissent les veines ethmoïdales qui suivent le même trajet que les artères et vont se rendre à la veine ophtalmique ramenant des fosses nasales les produits des combustions organiques. Les lymphatiques des deux régions, d'après M. le Professeur Sappey, n'auraient pas de communication bien apparente entre eux, mais, suivant certains auteurs allemands Recklingausen, Krause, les veines seraient entourées d'un fin réseau lymphatique et nous aurions ainsi une voie, relativement facile pour expliquer comment des germes peuvent d'un foyer infectieux nasal se transporter à la conjonctive et à l'œil. Les nerfs sont plus apparents et les phénomènes réflexes dépendant de l'excitation de leurs terminaisons sont nombreux. De la branche ophtalmique de Willis naît le nerf nasal qui, au niveau du trou orbitaire interne antérieur se divise en nasal externe et en nasal interne. Déjà avant sa bifurcation ce nerf fournit plusieurs filets très déliés se rendant au

ganglion ophtalmique pour former sa racine sensitive, à la sclérotique et aux muscles de l'œil. Le nerf nasal externe ou rameau sous trochléaire se partage en filets descendants et superficiels qui s'épuisent dans la portion interne de la paupière inférieure, en filets descendants et profonds qui se distribuent au sac lacrymal, canal nasal, caroncule lacrymale, conduits lacrymaux, enfin divers allant vers la racine du nez et la région sourcillière.

Le nerf nasal interne ou rameau ethmoïdale de Chaussier bien décrit par Scëmmering, s'engage dans le trou orbitaire interne antérieur, se porte vers la fosse ethmoïdale, et descend dans la fosse nasale correspondante où il se divise en rameau interne et externe : celui-là se distribuant à la muqueuse qui revet la cloison du nez ou il se divise en deux ou trois ramuscules qui se dirigent en arrière, celui-ci donnant un filet postérieur d'où se détachent de fines ramifications destinées à la muqueuse des cornets et des méats ou elles s'anastomosent avec les filets des nerfs sphéno-palatins.

Le filet antérieur ou nasolobaire se rend aux cartilages et aux téguments du lobule du nez.

Une autre voie d'infection tour à tour admise et rejetée par les auteurs est le canal lacrymo-nasal, conduit destiné à entraîner les larmes dans la partie supérieure du cornet inférieur. Ce canal long de 26 à 30 millimètres part de l'angle interne de l'œil où il prend naissance sur le bord des paupières par deux points, dits points lacrymaux, et débouche dans l'épaisseur de la paroi externe des fosses nasales au niveau du méat inférieur à l'union du quart antérieur de ce méat avec ses trois quarts postérieurs.

On comprend que des relations aussi étroites ne soient pas sans importance au point de vue pathologique et depuis long-

temps déjà on s'est aperçu du retentissement de certaines excitations nasales sur l'appareil de la vision et vice-versa. M. M Laveran et Teissier constatent que la propagation de l'inflammation dans les diverses formes de coryza, au canal nasal et aux conjonctives, occasionne souvent le gonflement et la rougeur de la paupière avec larmoiement, de même, ajoutent-ils, que son extension à la trompe d'Eustache produit la surdité.

Ce retentissement des lésions nasales sur l'œil, serait dû, suivant M. Berger, surtout à une action réflexe dont la cause serait l'excitation des organes terminaux du nerf trijumeau. « La conjonctive, dit-il, est bien plus souvent menacée d'une infection que la réciproque n'est vraie. » Enfin, dans un travail sur les rapports entre les maladies de l'œil et du nez il indique les troubles oculaires réflexes (douleurs, larmoiement, photophobie, rétrécissement de la fente palpébrale, injection péri-kératique, asthénopie, amblyopie etc) qui ont été observés à la suite du coryza aigu, de la rhinite chronique hypertrophique, des polypes du nez, de l'ozène, de l'impétigo, des ulcères des fosses nasales et des sinus. Qui donc au reste, dans un ordre d'idées plus restreint, n'a pas maintes fois éprouvé sur lui-même le larmoiement que provoque soit l'introduction dans le nez d'un corps étranger, soit le chatouillement de la muqueuse ; les accès d'éternûment que produit l'excitation de l'œil par une lumière trop vive.

Au congrès d'ophtalmologie de 1894, M. Terson à propos du traitement des affections des voies lacrymales s'exprimait ainsi : « L'infection dans le catarrhe des voies lacrymales est démontrée par la nature des lésions anatomo-pathologiques de la muqueuse lacrymo-nasale et par la virulence des sécrétions altérées du sac sur le tissu cornéen dépouillé de son épithélium. Cette

infection est due aux rapports de voisinage et de continuité de la muqueuse d'un côté avec la conjonctive de l'autre avec la muqueuse des fosses nasales qui en est la source la plus ordinaire.

Un pas de plus et la lésion conjonctivale d'origine nasale est démontrée. Sans chercher à savoir par laquelle des voies précitées se fait le travail pathologique, si la lésion oculaire est due seulement à des troubles trophiques ayant pour cause une irritation constante des filets terminaux du trijumeau dans le nez et mettant l'œil dans un état spécial éminemment propre à se laisser secondairement infecté ; ou si elle est due au transport vers l'œil de germes infectieux venus directement des fosses nasales par les voies lymphatiques, sanguines ou du canal nasal, nous nous contenterons d'établir ce travail en citant les observations cliniques et les résultats obtenus par le traitement rhinopharyngien. S'il nous était permis d'émettre une opinion nous croirions plus volontiers à des troubles trophiques initiaux vu le peu de contagiosité de cette affection relativement à l'entourage des malades : C'est au reste l'opinion à laquelle se rattache le Dr Berger dans son travail sur les maladies des yeux et du nez. Aucun microbe au dire de Fuchs n'ayant pu être découvert dans cette sorte de kérato conjonctivite.

CHAPITRE III

OBSERVATION I

DU DOCTEUR COUÉTOUX DE NANTES.

M. C. jeune paysan de 16 ans canton de Chatillon (Deux-Sèvres) vient me trouver le 10 avril 1890 se plaignant d'avoir aux yeux un picotement et une démangeaison fort pénibles, avec larmolement le soir à la lumière. Forte hyperplasie pericornéenne, injectée ainsi que toute la conjonctive: recrudescence tous les quinze jours, tous les mois, parfois tous les deux mois.

Je conseille des verres fumés, du calomel en poudre sur l'œil, des gouttes de Fowler, des lotions boriquées, bichlorurées. Je revois le malade le 18 mai sans grande amélioration.

Désespérant d'améliorer les yeux, état contre lequel j'avais déjà, comme tous les oculistes, eu à constater mon impuissance. Je veux au moins soulager le malade des lésions rhino-pharyngiennes dont je constate qu'il est atteint. Tout son aspect le révèle. Il a sans doute l'air vigoureux et bien portant, mais la bouche est constamment ouverte, le voile du palais en avant et les traits de la face plis naso-jugal et nasobuccal peu accentués. Le doigt porté en arrière reconnaît la présence d'un tapis de un demi centimètre d'épaisseur de végétations adénoïdes, je fais un grattage avec une tige de fer recourbée et portant du coton imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 1 0/0. Le malade crache et mouche environ un demi verre de sang. Il se gargarisera et prisera avec un tube, en soufflant vers les parties supérieures du nez de l'acide borique et du calomel. Il pratiquera des irrigations nasales de Weber à

l'eau chloratée. Le calomel ne sera appliqué sur l'œil qu'une fois par jour.

Je le revois le 20 juillet. Il n'y a plus d'inflammation périkeratique alors qu'au début du traitement toute la conjonctive bulbaire était rouge et que cette irritation durait toute l'année, bien qu'elle fut plus marquée au printemps. Autour de la cornée subsiste un bourrelet d'aspect opalin mais il est devenu bien moins saillant. Le malade respire mieux, la gorge est encore quelquefois sèche mais la respiration est meilleure. L'œil ne pleure plus le soir comme autrefois. Je pratique un nouveau badigeonnage du rhino-pharynx et fais cesser le calomel dans l'œil et la liqueur de Fowler à l'intérieur. Fort et coloré le jeune homme n'éprouve d'ailleurs aucun besoin de toniques.

Je le revois le 16 août. Il n'y a plus de démangeaisons à l'œil droit il ne reste plus de la couronne périkeratique qu'une légère saillie en dehors, à l'œil gauche et en dedans la conjonctive est encore un peu rouge. Je fais continuer les lavages du nez. Le 30 août je le revois il ne reste plus à ses yeux de traces d'inflammation; depuis la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION II

DU DOCTEUR TROUSSEAU DE PARIS.

Julie L. 12 ans. Depuis trois ans tous les hivers et tous les printemps l'enfant est atteinte de kératites à répétition de forme phlycténulaire lymphatico strumeuse. Soumise à l'huile de foie de morue depuis l'âge de 6 ans elle est allée plusieurs fois sur les bords de la mer. Malgré tout les poussées kérato-conjonctivales deviennent plus graves menaçant d'amener des taies indélébiles.

En février 1891 il se fait une violente poussée inflammatoire à l'œil droit et à l'œil gauche. Emploi de collyres à l'atropine et à la pilocarpine, affusions chaudes etc. La maladie s'améliore quelques jours puis reprend de plus bel avec blépharospasme externe. La cantoplastie est faite et suivie d'une amélioration peu durable: reprise des phénomènes aigus et menace de taies étendues fin de mars.

A ce moment je fais traiter le nez, mon attention ayant été éveillée par la persistance d'un catarrhe chronique et des croûtes aux bords des narines (galvane cautère, irrigations salées nasales, onctions avec pommade à l'oxyde de zinc). Après 8 jours de traitement toutes les phlyctènes oculaires s'amendent (emploi d'eau boriquée) et cèdent bientôt à l'application de la pommade jaune. Le 20 avril guérison des deux yeux avec taies. Depuis l'enfant revu le 30 décembre n'a jamais souffert ni des yeux ni du nez.

OBSERVATION III.

DU D^r TROUSSEAU DE PARIS

Alfred H. 18 ans. Poussées de Kérato-conjonctivite en 1888 et en 1889. Par hasard est soigné pour son nez pendant deux mois. Il prétend avoir été soulagé du traitement nasal et depuis n'a jamais eu de kérato-conjonctivite.

Ce qui fait ajoute le D^r Trousseau, l'intérêt de cette courte observation, c'est que c'est le jeune homme qui, examiné par moi pour un chalazion et interrogé sur des taies anciennes, m'a raconté de lui-même, l'influence qu'avait eu sur sa vue le traitement nasal.

OBSERVATION IV.

RECUEILLIE DANS LA CLINIQUE DU D^r COUETOUX.

O. L. 19 ans de Cholet se présente le 21 juillet 1891 avec une conjonctivite printanière bien typique. Il ne manque que les lésions de la conjonctivite palpébrale. L'hyperplasie périkératique apparaît surtout à droite; des deux côtés cependant les cornées sont injectées sur leurs bords, surtout en bas et vers le nez, avec saillies interrompues par places. A droite des taches blanchâtres apparaissent sur l'élévation opaline.

Les lésions datent de trois ans. Les yeux rougissent aussi de temps en temps depuis cette époque. Ces exacerbations sont plus fréquentes

que tous les mois et ne paraissent en somme guère plus marquées vers le printemps. On les soigne avec des lotions au borax et à la camomille, mais les améliorations semblent plutôt se produire d'elles-mêmes qu'être subordonnées au traitement. L'insomnie ou la pratique de la pêche provoque facilement des exacerbations.

Le palais est très concave : la respiration nasale est défectueuse. A la suite d'un coup de poing sur le nez, dit le malade, l'affection oculaire qui existait avant sans être trop gênante, reçut comme un coup de fouet et augmenta considérablement. (Il y a dans cette observation du malade une remarque rhinologique fort importante qui se présente souvent sous des aspects variés lorsqu'on questionne les malades sur les coïncidences oculaires et nasales). Il ronfle la nuit mais ne lave pas et avale facilement. La voix est nasonnée, pas de maux de tête. La palpation révèle au cou quelques ganglions. Le toucher rhino-pharyngien fait sentir une couche de végétations adénoïdes peu épaisse, mais les muqueuses des cornets sont très hypertrophiées.

Nous opérons les végétations adénoïdes et prescrivons des gargarismes, prises nasales avec calomel et acide borique, injections nasales salées, des bâtons de beurre de cacao avec ichtyol au 10^e dans les fosses nasales. Aucun traitement sur l'œil.

Ceci se passait le 21 juin 1891. Le 4 juillet on nous écrit que la respiration nasale est bien rétablie que le malade n'est plus gêné le matin. L'œil gauche a toujours des taches rougeâtres, mais il fait moins souffrir. L'œil droit est rouge et pleure encore. Nous faisons reprendre les lotions sur les yeux tout en continuant le traitement nasal.

Le 15 juillet l'affection rétrocede et le malade est fort soulagé. L'œil gauche présente encore de petites taches blanchâtres surmontant une légère hyperplasie en bas et en dedans : l'aspect est malgré ça presque normal. A l'œil droit très peu de lésions subsistent, de petits abcès tout périphériques à la cornée et qui se confondaient presque avec le pointillé blanchâtre de l'hyperplasie, se détergent. Le toucher pharyngien donne à peine trace de sang.

Le 16 août. Le malade ne sent plus rien ni aux yeux ni à la gorge, si ce n'est encore une très légère rougeur qui disparaît en 2 ou 3 jours de traitement : prises de calomel, gargarismes, irrigations nasales.

Le 20 août, guérison complète.

Dans ce cas nous voyons la marche de l'affection se subordonner aux touchers pharyngiens désinfectants. Les lotions oculaires qui n'avaient rien donné avant l'opération donnent un soulagement immédiat et amènent bientôt la guérison.

Aussi ne pouvons-nous accepter le conseil donné par quelques auteurs et surtout par M. Augagneur de Lyon qui conseille de supprimer toute médication du côté des yeux. Mais pensons au contraire que l'affection oculaire peut évoluer pour son propre compte à la suite d'une infection secondaire d'origine nasale c'est ce que semblent prouver certains cas plus tenaces que les autres et à lésions plus accentuées.

A notre avis il faut attaquer le mal à toutes ses sources, traiter les lésions oculaires en même temps que le nez et ne point oublier le traitement général.

OBSERVATIONS V. VI. VII.

DU Dr COUÉTOUX DE NANTES

Mais ou le traitement rhino pharyngien nous semble avoir une action particulièrement efficace, c'est dans la kérati-conjonctivite phlycténulaire tenace, durant depuis des années, récidivant sans présenter les caractères de la conjonctivite printannière ou du moins pas assez pour mériter ce nom.

Nous avons tout récemment observé trois enfants de 9 10 et 13 ans soignés par des sœurs habituées aux malades et dans un établissement de Nantes ou pendant des années elles avaient vu les récidives se succéder. Ces enfants présentaient tous la kérato-conjonctivite phlycténulaire avec hyperplasie entourant toute la cornée, ce qui la différencie de la conjonctivite printannière typique. Dans ces trois cas une opération de végétations adénoïdes suivie de désinfection des fosses nasales provoqua une guérison qui ne laissa pas que d'étonner les personnes habituées à des récidives continuelles et de les surprendre de l'efficacité d'un traitement rhino pharyngien alors que rien ne leur avait fait soupçonner une affection vers ces cavités.

Dans ces cas nous n'avons point omis les lotions oculaires qui, au reste, n'avaient rien produites jusqu'à ce jour et nous n'avons fait les opérations qu'après avoir suivi le traitement ordinaire pendant un temps assez long sans qu'il ait donné de résultats apparents.

OBSERVATION VIII

DU DOCTEUR COUETOUX DE NANTES

M. Valentine 4 ans. Nantes. Vient consulter le 28 décembre 1890, depuis 15 mois les yeux sont sujets à des rougeurs de la conjonctive bulbaire surtout autour de la cornée, taie légère à l'œil gauche. On observe des rechutes et des améliorations tour à tour. L'enfant présente des végétations adénoïdes et est opéré de suite malgré la coqueluche qu'elle a en ce moment.

Le lendemain les yeux vont mieux sont moins irrités. Traitement poudre de calomel, lotions boriquées. Les jours suivants les yeux sont devenus très peu hyperémiés.

On fait quelques touchers pharyngiens avec de la ouate et du nitrate d'argent : après chaque toucher les yeux ont été moins sensible à la lumière et la conjonctive est redevenue normale.

Le 7 janvier 1891 une récurrence survient. Un seul toucher du pharynx a suffi pour ramener la guérison qui ensuite s'est maintenue.

OBSERVATION IX

DU DOCTEUR COUETOUX

Le 30 juin 1891. L. Renée 18 ans, hyperplasie périkératique des deux côtés de la cornée droite surtout en dedans. Œil gauche conjonctive bulbaire congestionnée. Depuis plusieurs années elle se trouve ainsi prise d'améliorations et de rechutes. En ce moment l'affection dure depuis un mois. De plus maux de tête, gorge sèche, ronfle et bave la nuit. Comme il y a des végétations dans le rhino-pharynx, on l'opère en donnant ensuite des prises d'acide borique et des gargarismes.

Après cette opération les yeux se sont améliorés sans faire aucun traitement direct.

Cette amélioration a été sérieuse et durable, car elle est affirmée par la malade le 12 décembre 1891 c'est-à-dire 4 mois après l'opération.

OBSERVATION X

RECUEILLIE DANS LA CLINIQUE DU DOCTEUR COUETOUX

S. Josephine 7 ans de Nantes. Voici une observation où nous voyons les parents se refuser à l'opération des végétations adénoïdes pendant un mois et pendant tout ce temps le traitement oculaire rester impuissant à amener la guérison, puis prendre de l'action aussitôt la gorge traitée. Des récidives se produisent et le traitement rhino-pharyngien ramène l'amélioration.

Le 23 mars 1892 l'enfant se présente ayant depuis une quinzaine de jours une kérato-conjonctivite à l'œil droit. Elle a quelquefois des épistaxis, mais ne have pas. Les yeux sont presque entièrement rouges et injectés.

Traitement : lotions boriquées, pommade au calomel.

Le 29 mars. La taie punctiforme non centrale de l'œil droit persiste. A gauche le bourrelet rouge sang périphérique à la cornée ne s'améliore pas.

Le 2 avril. Les deux yeux présentent les mêmes lésions sans aucune amélioration.

Les parents fatigués d'un insuccès qui au reste avait été prévu par nous finissent par céder pour faire opérer leur enfant. L'opération se fait de suite. Le traitement oculaire est continué, on ajoute en plus des gargarismes et des prises boriquées.

Le 7 avril. A droite les petits abcès cornéens s'amendent ; il n'y a guère plus de congestion dans leur voisinage. L'œil gauche est presque normal.

Le 10 avril. Il ne reste rien d'anormal.

Le 19 mai. La malade revient parce que les traces d'ulcérations anciennes de l'œil droit se sont congestionnées, et tendent à prendre la

forme en bandelette, à l'œil gauche la kérato conjonctivite miliaire se reproduit. Cette exacerbation oculaire concorde avec ce fait que l'enfant se prend à moucher du sang. On institue un traitement avec une pommade au calomel : et on touche le pharynx avec de l'ouate imprégnée de nitrate d'argent.

Les 15 jours qui suivent ce toucher l'enfant va mieux.

Le 1^{er} juin, elle revient se faire toucher. L'enfant n'est presque plus gênée, les yeux sont peu congestionnés.

Le 3 juin, elle est guérie avec une légère taie à droite et sans aucune trace de lésion à gauche.

CONCLUSIONS.

Nous pourrions multiplier nos observations puisque dans une statistique que nous avons faite l'année dernière nous trouvons sur 107 affections kérato conjonctivales 50 fois la gorge malade, mais nous préférons faire connaître les résultats de notre étude en concluant sur l'opportunité et le *modus agendi* du traitement rhino-pharyngien.

Nous reconnaitrons d'abord que la conjonctivite printanière n'est qu'une simple variété de la conjonctivite phlycténulaire miliaire ; cette affection et celles qui s'en rapprochent doivent parmi leurs causes étiologiques compter avec les lésions rhino-pharyngiennes ainsi que semblent le justifier les résultats d'un traitement dirigé dans ce sens.

Quant au traitement rhino-pharyngien nous reconnaissons qu'il donne des résultats d'autant plus remarquable que le mal se borne à la conjonctive bulbaire, et c'est ce qui fait qu'il nous semble particulièrement indiqué dans la conjonctivite printanière Il consistera à débarrasser les cavités des productions pathologiques qui ont pu y prendre naissance et surtout à antiseptiser ces cavités.

Dans les affections voisines de la conjonctivite printanière, l'intervention nasale perd de son importance à mesure que les lésions s'étendent davantage vers la cornée. Elle en perd d'autant plus que l'ulcère est moins superficiel et plus central. Toutefois les résultats que nous avons obtenus sont assez encourageants pour ne point se priver de l'appoint apporté par le trai-

tement rhino-pharyngien. Si les guérisons radicales n'ont pas été très nombreuses, les améliorations ont toujours été très sensibles et les récidives éloignées si elles n'ont pu être prévenues.

Vu par le Président de la thèse,

Vu par le Doyen,

FARABEUF.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE.

AUGAGNEUR. — Traitement de la Kérato-conjonctivité des scrofuleux.

BERGER. — Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines.

BROCKHAUS. — Thèse inaugurale (1822).

BROWNER. — Vernal conjunctivitis.

Congrès d'ophtalmologie de Paris 1891.

COUETOUX. — Conjonctivite printanière.

— De la Kérato-conjonctivite d'origine rhino-pharyngienne.

PANAS. — Traité d'ophtalmologie.

SCÆMISH. — Krankheiten der conjunctiva.

SAPPEY. — Anatomie.

SCHOLL. — De la kérato-conjonctivite hyperplasique printanière.

SMITH. — Chronic conjunctivitis dependent upon disease of the intra nasal tissues.

SWAN-BURNETT. — Conjonctivite printanière.

DE WECKER. — Traité d'ophtalmologie.

TROUSSEAU. — Annales d'Oculistique.

